



ASOCIACIÓN MUTUALISTA SANITARIA DEL PERÚ - AMSP

"Creada por Decreto Supremo N° 460 del 17 de junio de 1942"

Jr. Ramón Dagnino N° 117 - Urb. santa Beatriz - Lima, Lima. Teléf.: 014243262 - 013310083

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ASOCIACIÓN MUTUALISTA SANITARIA DEL PERÚ - AMSP

Lima, _____ de _____ 202 _____

SEÑOR DIRECTOR.

Presente.-

Estimado Director:

Yo, _____ identificado con DNI N° _____

Domiciliado en: _____ Distrito: _____

Provincia: _____ Departamento: _____ siendo trabajador(a) de la

Base: _____ desempeñando el cargo de _____

Ante Ud. Me presento y expongo:

Que al amparo de lo dispuesto por el Artículo 2° incisos 13, 14, 15 y 24 literal a), el artículo **23° y 24°** y demás pertinentes de a Constitución Política de Perú, Así como del Artículo 9°, **11° y 13°** inciso a) del Estatuto de la AMSP, y concordante con las demás normas legales pertinentes del Código Civil; a través del presente documento, **SOLICITO SER ADMINTIDO COMO ASOCIADO ACTIVO DE ESTA ASOCIACIÓN**, comprometiéndome a respetar y/o cumplir con las obligaciones que impone su Estatuto y sus Reglamentos internos.

OTRO SI DIGO: Que. **asimismo, estoy adjuntando mi CARTA DE AUTORIZACION PARA EL DESCUENTO MENSUAL DE MIS APORTES** a través de la Planilla Única de Pagos, Incentivos Laborales y/o Cafae, con la cual estoy **AUTORIZANDO** al funcionario de mi Base que corresponda para que proceda a efectuar el **DESCUENTO MENSUAL** de mi **APORTE MUTUAL** a favor de la "AMSP". Con la finalidad de obtener a la fecha de mi Cese los Beneficios, qué brinda la AMSP a favor de sus Asociados.

Por lo expuesto, solicito acceder a mi solicitud

Sin otro en particular.

Atentamente,

Lima, _____ de _____ del 202 _____

(Firma idéntica al DNI)

Nombres:

DNI:

Teléfono:

Email:

Huella Dactilar

ADJUNTO: 1.- Boleta de Pago - Copia

2.- DNI—Copia

www.amsp.org.pe